Jelenia Góra, dn. …………………..



Imię i nazwisko studenta: ……………………………………………. Nr albumu: …………...

Adres do korespondencji: ……………………………………………………………………….

Kontakt: e-mail:…………..……………………………………… tel.:………………………..

Kierunek studiów: …………………………………………. rok studiów……… semestr……..

Studia: I stopnia / II stopnia / jednolite magisterskie\* stacjonarne / niestacjonarne\*

**Sz. P.**

……………………………………

**Dziekan WNHiS**

 **KANS w Jeleniej Górze**

Proszę o wyrażenie zgody na **dodatkowy termin** **zaliczenia** następujących przedmiotów:

1. ……………………………………………………………………………………

(nazwa przedmiotu i nazwisko wykładowcy)

1. ………………………………………………………………………………………

 (nazwa przedmiotu i nazwisko wykładowcy)

....................................................................

 *podpis studenta*

**Opinia wykładowcy**

………………………………………………………………………………………….............................................

……………………………………………………………………………………………………………………….

....................................................................

 *podpis wykładowcy*

**Decyzja Dziekana** ………………………………………………………………………………………………..…………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**\*** właściwe podkreślić